

## FICHA DE INSCRIÇÃO

|                                         |     |  |                   |                                                              |  |         |  |
|-----------------------------------------|-----|--|-------------------|--------------------------------------------------------------|--|---------|--|
| Nome:                                   |     |  |                   |                                                              |  | FOTO    |  |
| RG:                                     |     |  | Estado:           |                                                              |  |         |  |
| CRM:                                    |     |  | Estado:           |                                                              |  |         |  |
| CPF:                                    |     |  | Sexo:             | <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> MASC. |  |         |  |
| Data Nascimento:                        | / / |  | Estado Civil:     |                                                              |  |         |  |
| Certificado de Reservista ou Protocolo: |     |  |                   |                                                              |  |         |  |
| Endereço:                               |     |  |                   |                                                              |  |         |  |
|                                         |     |  |                   |                                                              |  |         |  |
| Bairro:                                 |     |  | Cidade:           |                                                              |  | Estado: |  |
| CEP:                                    |     |  | Telefones c/ DDD: | Res:                                                         |  |         |  |
|                                         |     |  | Cel:              |                                                              |  |         |  |
| E-mail:                                 |     |  |                   |                                                              |  |         |  |
| Faculdade:                              |     |  |                   | Ano de Formatura:                                            |  |         |  |
| Cidade:                                 |     |  |                   | Estado:                                                      |  |         |  |

Como conheceu o Hospital Paulista?

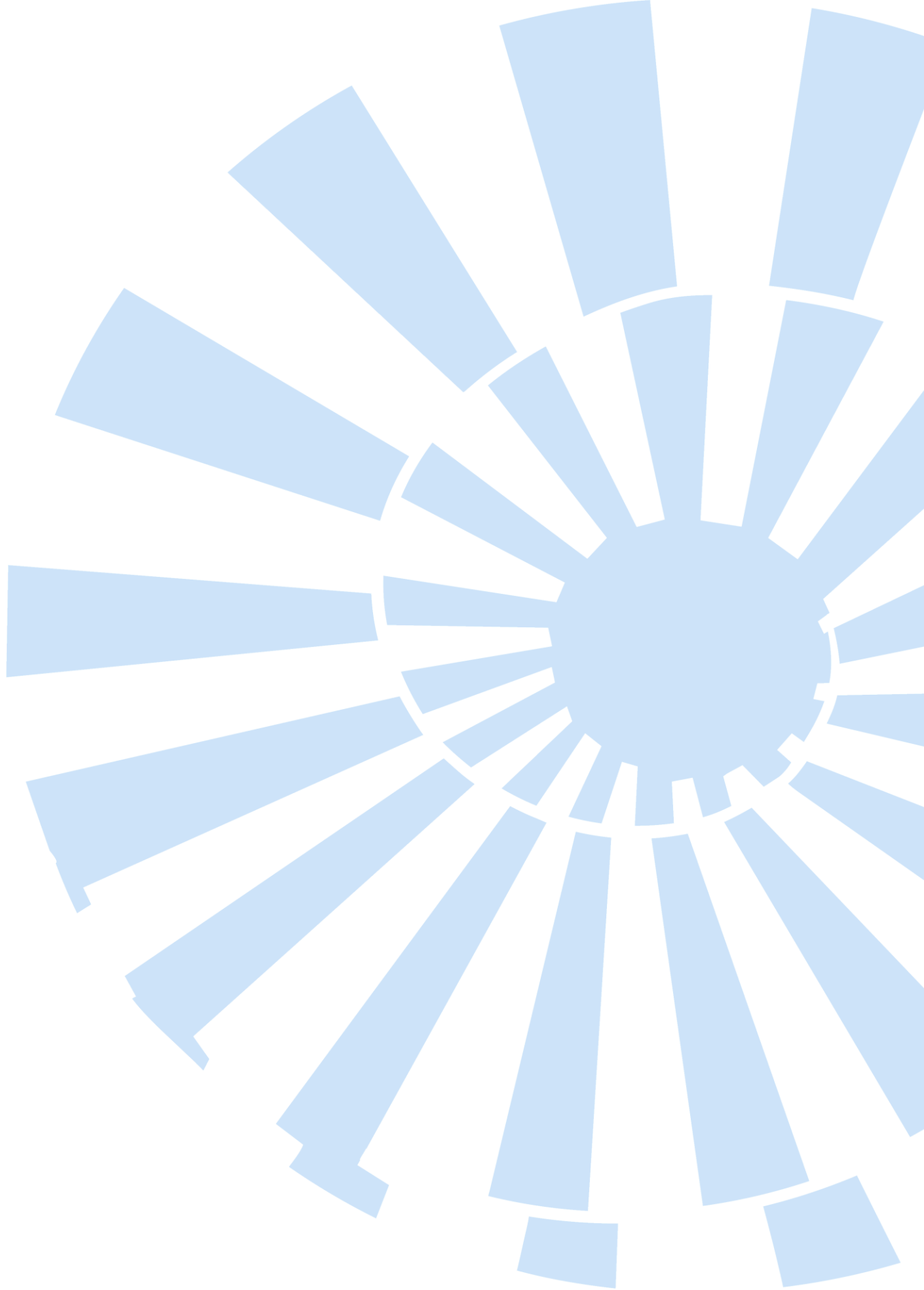
---

---

- Preencher a ficha de inscrição com letra de forma legível e assinar;
- Remeter via SEDEX ou por email.
- Na falta de qualquer documento a inscrição será cancelada;
- Não serão devolvidos valores de inscrições por desistência ou não comparecimento às provas.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do Candidato



Rua Dr. Diogo de Faria, 780 – Vila Mariana  
São Paulo/SP - Tel: (011) 5087-8700  
[www.hospitalpaulista.com.br](http://www.hospitalpaulista.com.br)



Dr. Braz Nicodemo Neto  
Diretor Técnico Médico  
CRM-SP 70.179